FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N° 332

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Henri-Paul CROLL

Né le 30 décembre 1898 à Neuilly-sur-Seine (Seine)

A PROPOS DE LA TUBERCULOSE UTÉRINE PRIMITIVE

Président : M. FÉLIX LEJARS, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
N.	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . .	Histologie.
CHIRAY . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER. . .	Pathologie expérimentle.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
N.	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER. . .	Obstétrique.
MOCQUOT .	Pathologie chirurgicale
MONDOR. .	
MOURE. . .	
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils .	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT. .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

66790

— IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
N....	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédiq chez l'adulte pour les accidentés du tr vail, les mutilés de guerre et les infirm adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinio émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées com propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni imp bation.

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ PÈRE

LE DOCTEUR CHARLES CROLL

Qui sera toujours un exemple de dévouement, de conscience, d'humilité et de charité.

A MA MÈRE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux et profondément reconnaissant.

A MON AMI, Le Docteur GIET

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine

Sincères remerciements pour sa précieuse collaboration.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PPOFESSEUR ACHARD

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Secrétaire de l'Académie de Médecine

M. LE PROFESSEUR DELBET

Profeseur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de clinique des voies urinaires à l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine

M. LE DOCTEUR THIROLOIX

Professeur agrégé, Médecin de la Pitié

M. LE DOCTEUR AUVRAY

Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Necker

M. LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE DOCTEUR RUDAUX

Accoucheur de la Maternité

A M. LE DOCTEUR LÉVY-SOLAL

Professeur agrégé, Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine

A MM. LES DOCTEURS

ROBERT CLÉMENT, JEAN DALSACE, ROBERT DUPONT,
LEVENT, ROUILLARD, THIERS

INTRODUCTION

Les gynécologues insistent à juste titre sur la fréquence de la tuberculose génitale de la femme.

Douay (*Journal Médical français*, mars 1926), admettait encore récemment que sur cent salpingites opérées, dix à douze sont manifestement tuberculeuses, et pour quiconque a suivi un service de chirurgie gynécologique, ces chiffres peuvent paraître au-dessous de la réalité ; encore ne s'agit-il que de tuberculose annexielle.

La plupart des auteurs passent sous silence les faits de tuberculisation utérine avec ou sans lésions annexielles concomittantes, faits qui pour être beaucoup plus rares n'en sont pas moins réels.

L'utérus peut se tuberculiser de deux façons : ou bien par propagation à sa masse d'une tuberculose salpingienne, propagation de proche en proche et débutant au voisinage des insertions tubaires, avec lésions utérines maxima à ce niveau : il s'agit dans ce cas d'une contamination descendante par voie muqueuse de trompe à matrice : ou bien, l'utérus, et c'est le point sur lequel nous voulons insister dans ce travail, peut être contaminé de bas en haut, par voie vagino-cervicale :

contamination primitive et directe, sans lésions tubaires, sinon secondaires et accessoires.

Cette possibilité de tuberculose primitive de l'utérus, bien que niée par beaucoup, est actuellement admise par la majorité des gynécologues, qui, sans s'y arrêter se rangent à l'avis du Pr J. L. Faure (*Rapport au Congrès de Rome*, 1901).

« Il nous importe peu de savoir si l'inoculation tuber-
» culeuse se fait par voie génitale ou par voie sanguine,
» ou comme il est probable, par l'une et l'autre voie ;
» l'important est qu'elle se fait..... et lorsqu'elle est
» faite elle nous appartient ».

Le Pr Forgue (*Paris Médical*, 1922) accepte cette manière de voir avec une réserve toutefois, c'est que, du point de vue opératoire, il n'est pas toujours indifférent de localiser le siège initial de la lésion à tel ou tel segment du trajet génital ; mais pour lui aussi « la question n'est pas d'intérêt décisif ».

Cette indifférence s'explique en partie par la rareté de la tuberculose utérine pure d'une part et aussi par la difficulté du diagnostic clinique de la tuberculose du col au début.

Le plus souvent, ce n'est qu'à l'intervention chirurgicale ou à l'autopsie que la lésion est reconnue.

Whibridge Williams estime que 75 % des tuberculoses génitales globales passent inaperçues, ou ne sont décelées qu'après intervention. Que dire des tuberculoses primitives du col et du corps utérin ? Et combien de métrites, avant la pratique systématique des biopsies sur les « cols suspects », ont été étiquetées épi-

théliomas ou métrite ulcéreuse banale qui n'étaient peut-être que tuberculose locale et primitive du col ?

C'est qu'en effet, seule, la biopsie permet de poser le diagnostic clinique en ces sortes d'affections. Il en a été ainsi dans l'observation qui servira de base à ce travail et que nous avons recueillie dans le service de M. le Pr Lejars à l'hôpital Saint-Antoine.

Observation

Madame D., âgée de 25 ans, vient consulter en avril 1922 dans le service de M. le Pr Lejars à l'hôpital Saint-Antoine, parce que depuis fort longtemps elle est affligée d'abondantes pertes blanches auxquelles se mêlent depuis 2 mois environ, quelques petites pertes de sang. Ces légères hémorragies l'ont d'autant plus impressionnée qu'elle n'a jamais été réglée. L'écoulement sanguin, très irrégulier dans son apparition et dans son abondance, ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun trouble général pouvant en imposer pour une période menstruelle.

Des médecins consultés ont porté le diagnostic de métrite banale, sans vouloir approfondir la cause précise de ces métrorragies apparues d'une façon si inopinée et irrégulière chez une femme de 25 ans non encore réglée.

Madame D. bien que mariée depuis 7 ans n'a jamais eu d'enfants : elle n'a jamais présenté d'hémorragies pouvant faire songer à une fausse-couche.

Son état général est satisfaisant. Elle dit avoir quel-

que peu maigri depuis un an, sans préciser de combien et sans en connaître la cause.

Au toucher on sent un utérus petit, du type infantile, en position normale. Les culs-de-sac sont parfaitement souples et indolores. Le col cependant est gros : son orifice punctiforme est à peine perceptible et sa consistance un peu particulière : dur dans son ensemble il présente des zones plus molles et ne donne qu'imparfaitement la sensation de « cartonné » de l'épithélioma ulcéré. L'ensemble de l'organe est mobile, non douloureux et le doigt ne ramène qu'une petite quantité de sang inodore.

Au spéculum on trouve un col épaissi, irrégulier et bosselé. De son orifice suinte une abondante sécrétion leucorrhéique mélangée de quelques filets de sang ; sur la lèvre antérieure, une ulcération, large à peine comme une pièce de cinquante centimes : perte de substance peu profonde, à bords imprécis et à fond rougeâtre : elle saigne quelque peu.

En présence de ces lésions suspectes, on pratique une biopsie au niveau de la lèvre antérieure, en bordure de l'ulcération.

Or voici la réponse du laboratoire (Dr André Lelièvre) : « Tuberculose manifeste du col utérin : lésions » folliculaires typiques, avec cellules géantes, cellules » épithélioïdes, bordure fibro-plasmo-lymphocytaire. » Les lésions prédominent au niveau de la muqueuse et » du chorion qu'elles dépassent en profondeur, envahis- » sant la presque totalité de l'épaisseur du fragment. » Lésions hyperplasiques des glandes qui restent bien » limitées et non épithéliomateuses ».

Au reçu de ce résultat la malade entre à l'hôpital. On l'examine et on la suit pendant quelques jours. Température normale, ventre souple, aucune douleur spontanée ni provoquée.

Examen pulmonaire satisfaisant tant au point de vue clinique que radioscopique.

Ni toux, ni expectoration. Bordet-Wassermann négatif.

Le 5 mai, M. le Pr Lejars pratique sur Madame D. une hystérectomie vaginale. L'opération n'offrit aucune difficulté ; l'utérus fut amené à la vulve, en partie hémi-sectionné et facilement basculé. Ablation des annexes des deux côtés. Pinces à demeure sur les pédicules. Tamponnement.

Les suites opératoires, à part l'apparition le 3e jour, d'une fistulette recto-vaginale qui se ferma d'elle-même en une semaine, furent normales.

La malade quitta le service en excellent état.

Voici la note qu'a bien voulu nous communiquer le Dr Giet, chef de laboratoire du Pr Lejars, à qui, l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires fut confié.

Examen macroscopique

Utérus, du type infantile avec col relativement volumineux par rapport à l'ensemble de l'organe. De l'isthme au fond, la hauteur du corps est de 4 centimètres seulement.

A l'ouverture cavité d'aspect irrégulier présentant des zones dure, fibreuses, à côté de zones de consistance normale.

Le col est gros, bosselé et ulcéré. La cavité est réduite à un mince couloir de calibre irrégulier.

Les trompes, flexueuses, sont petites, présentant des nodosités fibreuses, dures au toucher ; elles sont perméables.

L'ovaire droit est de grosseur à peu près normale. Le gauche est manifestement plus petit. L'un et l'autre sont de consistance dure, présentant de nombreux kystes séreux clairs. A la coupe, on constate de petits kystes hématiques folliculaires intraparenchymateux.

De nombreux fragments ont été prélevés en vue d'examens histologiques : un fragment au niveau de l'une et l'autre lèvre cervicale, un dans la partie sus-isthmique du corps, et un niveau du fond utérin. Ces différents fragments intéressent la muqueuse et le corps musculaire de l'organe dans sa totalité.

D'autres fragments ont été prélevés sur chaque trompe, ainsi que sur chaque ovaire.

Examen histologique

1° *Fragments cervicaux.*

De même que sur les fragments biopsiques on trouve des lésions tuberculeuses manifestes : ce sont de nombreux follicules isolés ou réunis en nodules. Chaque follicule étant régulièrement centré par une ou plusieurs cellules géantes, de dimension variable, au noyau périphérique ou en fer à cheval, au pseudoprotoplasme grenu très acidophile. Ces cellules sont entourées d'une épaisse couche de cellules épithélioïdes, elles-mêmes

encerclées d'une zone de réaction lympho-plasmocyto-fibreuse.

Au niveau de la zone périphérique à côté des lymphocytes, des plasmocytes particulièrement nombreux on rencontre des polynucléaires neutrophiles disposés çà et là sans ordre.

Chacun de ces nodules ou de ces follicules présente une disposition absolument typique et pathognomonique de la tuberculose.

Au niveau du col l'aspect des lésions est le suivant : la muqueuse vagino-malpighienne repose sur un chorion qui ne présente aucun signe d'inflammation ; mais cette muqueuse est d'une minceur extrême, représentée en certains points par 4 et même 3 rangées de cellules. Par endroits elle fait défaut sur une longueur de quelques millimètres (fragments prélevés en bordure de l'ulcération). En d'autres points, là où elle acquiert une épaisseur normale, les couches cellulaires superficielles sont atteintes de parakératose.

Au niveau de la muqueuse vaginale ou de ses résidus aucune lésion inflammatoire spécifique.

Les follicules font leur apparition là où la muqueuse vaginale devient muqueuse endo-cervicale. Cette dernière est d'ailleurs complètement détruite sur une grande partie de son étendue. Là où elle persiste, les glandes qui en dépendent sont atteintes d'hyperplasie bien compensée : elles sont tortueuses, allongées, peu dilatées, infiltrant l'organe jusqu'au tissu fibro-musculaire central dans lequel elles ne pénètrent pas. Chaque élément glandulaire est parfaitement limité ; la couche sécré-

tante est formée d'une rangée de cellules cylindriques, à noyau basal, à sécrétion apicale abondante,avec souvent présence de polynucléaires dans la cavité glandulaire.

Près de l'orifice cervical, quelques glandes hyperplasiées avec un léger degré de métaplasie malpighienne.

Quant aux lésions tuberculeuses, elles infiltrent et remplissent le chorion directement au contact de la cavité, là où la muqueuse fait défaut, s'insinuant entre les éléments glandulaires hyperplasiés, là où ils existent.

Ces lésions en restent au stade folliculaire ; il n'y a pas de dégénérescence caséeuse en masse. En profondeur les follicules atteignent le tissu fibro-musculaire qu'en général ils n'infiltrent pas, sauf en de rares endroits, la limite entre lésions et le tissu sain étant régulière et correspondant à la limite du chorion hypertrophié et enflammé.

Cependant en un ou deux points, les follicules pénètrent dans les interstices fibreux du col, sans en atteindre le centre.

Enfin en plein tissu fibro-musculaire on rencontre de rares amas lymphoïdes qui n'ont aucune architecture spécifique.

Le reste du tissu cervical est absolument normal.

2° *Fragments isthmiques.*

Au niveau de l'isthme utérin nous retrouvons les mêmes lésions, plus accentuées encore. Là, la muqueuse est complètement disparue et il n'existe aucun élément glandulaire pouvant la rappeler.

La cavité utérine est tapissée par un exsudat muco-

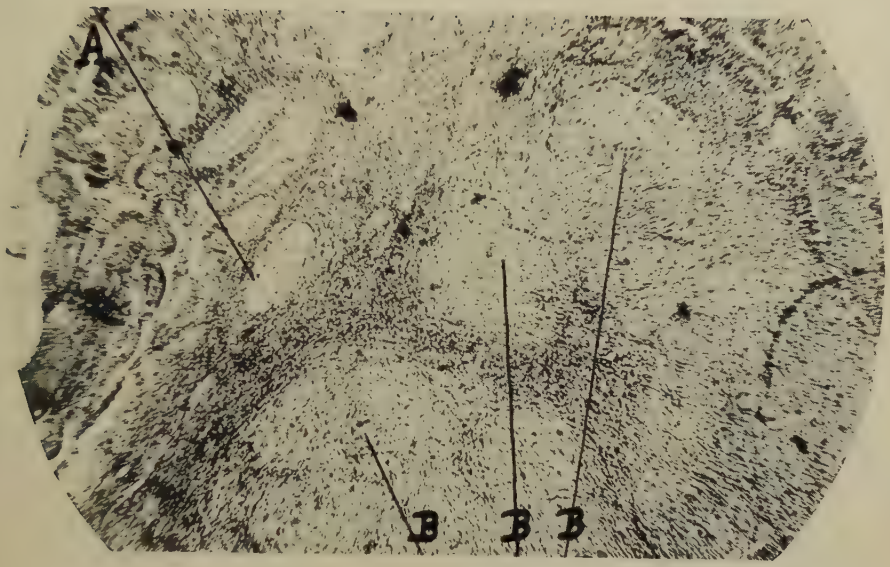


Fig. 1. — Fragment cervical.

A. Glandes du col.
B. Follicules tuberculeux.

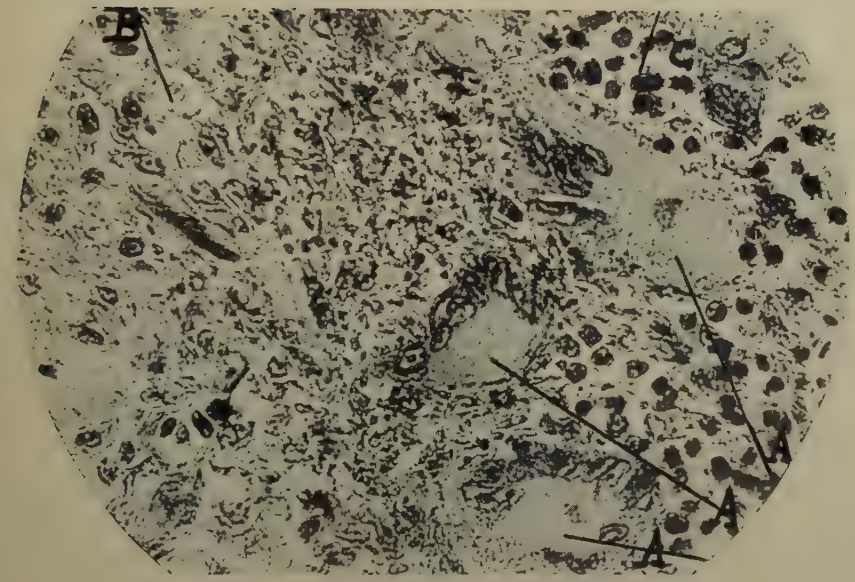


Fig. 2. — Follicules tuberculeux (au fort grossissement).

A. Cellules géantes.
B. Cellules épithélioïdes.
C. Lymphocytes.

purulent derrière lequel on trouve une zone folliculaire d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres et visible à l'œil nu sur les préparations. Les lésions y sont identiques à celles du col, et là non plus, il n'y a pas de dégénérescence caséeuse massive.

Mais au niveau de l'isthme les lésions dépassent largement les limites du chorion. Elles infiltrent le muscle, dont elles dissocient les faisceaux.

On rencontre soit des follicules isolés, soit de véritables nodules dans les trois quarts de l'épaisseur musculaire de l'organe.

Le reste du tissu est par contre absolument normal. Les vaisseaux ne sont en aucune façon lésés, *sans périartérite inflammatoire, ni endartérite manifeste.*

En dehors des follicules bien constitués il n'existe au niveau des interstices musculaires aucun élément inflammatoire. L'aspect microscopique des lésions indique nettement une progression évolutive de l'inflammation de la muqueuse vers la périphérie.

3° *Fragments fundiques.*

Dans les fragments fundiques nous retrouvons des lésions analogues avec quelques particularités cependant. D'abord la muqueuse est en partie conservée, recouverte qu'elle est d'un abondant exsudat muco-purulent. Les glandes existent et ne sont pas hyperplasiées comme celles du fragment cervical.

Là encore le maximum des lésions se trouve au niveau du chorion qui est absolument farci de follicules tuberculeux. Ceux-ci n'infiltrent pas directement les couches

musculaires sous-jacentes, mais, dans le muscle, à côté de tissus parfaitement sains, on rencontre de petits follicules à cellules géantes bien limitées.

Les éléments vasculaires sont normaux ; les fibres lisses n'offrent aucun signe de dégénérescence cytoplasmique et nucléaire.

4° *Fragments tubaires.*

L'aspect microscopique des fragments tubaires est tout-à-fait différent. On note un certain degré d'hyperplasie de la muqueuse, dont toutefois l'activité cytologique paraît normale. Sous les éléments muqueux on trouve un chorion peu hypertrophié, formé d'éléments lymphocytaires et de rares plasmocytes. Près de la muqueuse quelques polynucléaires neutrophiles. *En aucun point on ne rencontre de lésions organisées, folliculaires ou autres, pouvant faire penser à une inflammation tuberculeuse.*

Les parois tubaires sont normales.

5° *Fragments ovariens.*

Les ovaires ne présentent pas d'altérations manifestes.

La couche germinative, les follicules primordiaux de la corticale n'ont rien de particulier à signaler.

Notons qu'on rencontre quelques ovisacs en pleine activité, possédant une granula et une vésicule germinative normale.

Le stroma de la médullaire est plus fibreux que de coutume ; on n'y rencontre aucune lésion spécifique.

En résumé : Tuberculose de l'utérus, sans tuberculose annexielle. Lésions prédominantes au niveau du chorion sous-muqueux avec infiltration légère et progressive de la cavité vers l'extérieur. Aucun signe d'infiltration par voie sanguine. Lésions maxima au niveau de l'isthme qui est infiltré dans presque toute son épaisseur.

Salpingite banale non spécifique.

Intégrité histologique des ovaires.

Antécédents personnels.

La malade n'a jamais été réglée, malgré l'apparition à l'âge de quatorze ans des signes sexuels secondaires. Elle avoue qu'elle a toujours été soignée pour faiblesse et anémie bien que sa santé ait été bonne dans l'ensemble.

Elle n'a eu aucune maladie grave, ni broncho-pneumonie, ni pleurésie.

Elle raconte qu'en 1914, (elle avait alors dix-huit ans) apparurent des pertes blanches. Elle eut à ce moment une légère déformation de la colonne vertébrale, avec douleurs lombaires, bien qu'actuellement la radiographie ne montre aucune lésion au niveau des vertèbres.

Les pertes blanches firent place, à deux ou trois reprises différentes, à de petites pertes de sang, que la malade prit pour ses menstrues.

En 1915 Madame D. se maria une première fois.

Son mari, atteint de tuberculose costale, avait été opéré

trois années auparavant, d'un abcès froid costal. Peu de temps après son mariage il consulta un médecin pour une douleur au niveau des bourses. Ce médecin constata au niveau de l'épididyme une petite tuméfaction, ordonna un traitement symptomatique, mais ne conseilla pas une intervention. Il se borna à déconseiller les grossesses.

Elle divorça l'année suivante, mais n'eut aucune nouvelle du premier mari.

En 1918, elle se remaria. Ce second mari, âgé de trente et un ans, avait été gazé dans les tranchées, quelques mois auparavant, sans cependant avoir été évacué dans un hôpital.

Il est actuellement en bonne santé, souffrant seulement de troubles dyspeptiques liés à une ptose gastrique. Aucun antécédent éthylique, ni tuberculeux. Le Bordet-Wassermann est négatif.

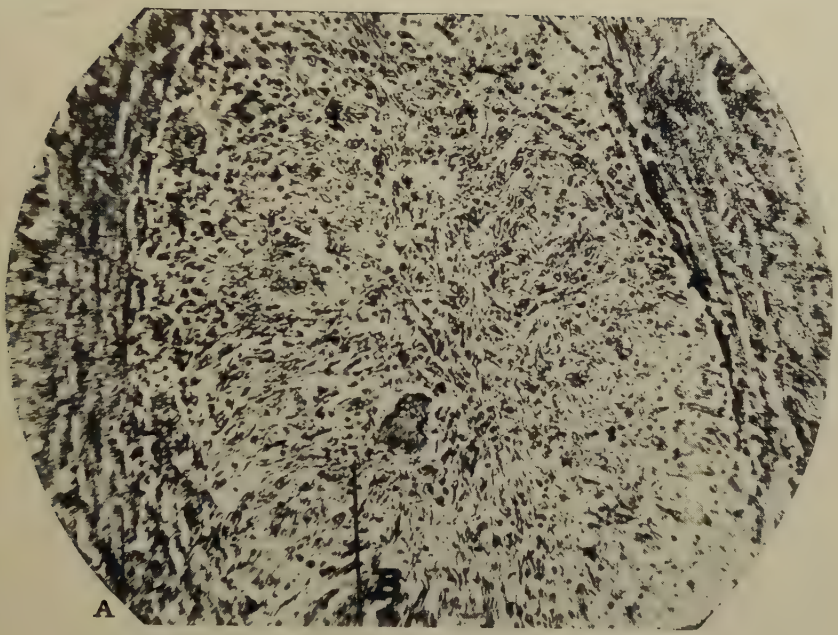
Il a été marié une première fois, avec une femme, décédée depuis lors, qui avait été opérée d'une salpingite tuberculeuse, et qui, à la suite de l'intervention, eut une fistule stercorale, et mourut d'une localisation bacillaire vertébrale.

Antécédents héréditaires.

Les parents de la malade sont vivants et bien portants. Ils ont trois filles en bonne santé.

Actuellement : Revue trois ans après l'opération la malade jouit d'une excellente santé.

Elle a engraissé de sept kilogs, mais souffre de bouffées de chaleur.



Lésion tuberculeuse en profondeur, dans le muscle utérin.

A. Muscle utérin.
B. Follicules tuberculeux.

L'auscultation des poumons est normale, malgré un très léger retentissement de la toux au sommet droit.

L'auscultation du cœur est normale.

La recherche du bacille tuberculeux dans l'expectoration est négative.

La radioscopie pulmonaire ne montre rien d'anormal.

HISTORIQUE

Les lésions tuberculeuses de l'utérus ont été étudiées depuis bientôt cent ans.

Raynaud, en 1831, attira l'attention du monde médical en décrivant deux cas de tuberculose utérine consécutive à la tuberculose généralisée.

Chez Borvin et Dugès on trouve une planche et une description d'un cas de tuberculose de l'utérus, des trompes et de l'ovaire, qui ne laisse aucun doute.

Aran, en 1858, ainsi que de nombreux auteurs français et étrangers reprirent l'étude de cette question en publiant des observations cliniques et des résultats nécropsiques.

Dans la thèse de Brouardel en 1865 on trouve la synthèse de ces cas. La tuberculose génitale de la femme n'était pas alors une entité clinique. « En général, écrit Brouardel, c'est à l'autopsie qu'on reconnaît la tuberculose génitale de la femme ; rien dans les symptômes n'avait fixé l'attention du côté de l'appareil sexuel ».

C'est surtout après la découverte du bacille tuberculeux, que les observations deviennent nombreuses et intéressantes. A la description clinique des symptômes morbides s'ajoute l'étude histologique des organes lésés

et l'analyse bactériologique des secrétions génitales, des mucosités et du pus.

Ainsi Cornil et Babès découvrirent en 1883 la présence du bacille de Koch dans une ulcération du col utérin.

Derville, dans sa thèse où il groupe quelques observations intéressantes, raconte comment il arriva à déceler le bacille tuberculeux dans l'écoulement vaginal. « Sans idée préconçue, par simple curiosité, nous « avons coloré suivant la méthode d'Ehrlich quelques- » unes des lamelles que nous destinions à la recherche » du gonocoque. Quel ne fut pas notre étonnement en » constatant dans ces préparations la présence nette et » indiscutable du bacille tuberculeux ».

Verneuil, en 1883, aborde la question de la tuberculose utérine primitive. Dans une lettre adressée à Fournier il fixe définitivement la question. Il s'agit de prouver que la tuberculose génitale de la femme existe, non seulement comme lésion secondaire à un foyer tuberculeux, situé en un point quelconque de l'organisme, mais peut être comme une primo-localisation sur les organes génitaux de la femme, présentant une marche ascendante et résultat d'un contact suspect, voire même du coït. Verchère, élève de Verneuil, consacre à l'appui des idées de son maître, sa thèse inaugurale traitant des « Portes d'entrée de la tuberculose ».

Derville, dans sa thèse, insiste sur la localisation fréquente du bacille de Koch, sur l'utérus de femmes atteintes de métrites, blennorragiques en particulier.

Popoff dans sa Thèse Inaugurale et Mlle Gorowitz

(*Thèse de Paris*, 1900), en essayant de produire expérimentalement chez l'animal, une tuberculose utérine, n'ont pu provoquer cette affection qu'après avoir traumatisé préalablement la muqueuse utérine.

La question de la tuberculose génitale primitive fut aussi l'objet d'un rapport spécial suivi de débats passionnés au Congrès International de Rome en 1902. Depuis lors les observations se sont multipliées et nous possédons maintenant nombre de cas où la tuberculose génitale primitive est hors de doute.

La question qui nous intéresse particulièrement, la tuberculose primitive du col, a été étudiée dans la thèse de Castany (1905), par le professeur Pollosson, par Chaton (Paris 1908), Cayla (Bordeaux 1912).

Rémilly (1920) a publié 2 observations de tuberculose du col recueillies dans le service du professeur Hartmann.

Parmi les articles citons le cas de Ducuing et Rigaud dans *Provence Médicale* 1911.

Moore (*Surgery Gyn. a. Obst.*, July 1919) compte que nous possédons actuellement 150 cas de tuberculose cervicale dont une vingtaine primitifs.

PATHOGÉNIE. ÉTIOLOGIE

« Parmi les tuberculoses locales, il n'en est guère » dont l'étiologie soit plus obscure et plus discutée que » celles dont sont atteints les organes généraux ». Plus de 40 ans ont passé depuis que Verneuil a écrit ces mots : ils ont conservé toute leur actualité.

Tout en étant considérée comme très rare, la tuberculose génitale n'est plus contestée. La discussion ne porte que sur les voies d'apport du bacille de Koch sur les organes génitaux, et en particulier sur l'utérus.

Cette fixation primitive peut se faire suivant trois modes :

par voie hématogène ou sanguine ;

par voie descendante, lymphatique ;

par voie ascendante, muqueuse.

L'infection par voie sanguine, la plus fréquente d'ailleurs, est, dans la majeure partie des cas observés jusqu'ici, secondaire à un foyer de tuberculose préexistant, mais resté jusque là isolé, ou à une tuberculose généralisée, ayant un point de départ dans un organe quelconque de l'économie. Le bacille du reste peut suivre son seulement la voie artérielle mais aussi la voie vei-

neuse, car le tractus veineux génital communique largement avec différentes régions voisines.

La voie descendante lymphatique est, selon toute probabilité, indirecte, par l'intermédiaire des adhérences étant donné que le cours de la lymphe est dirigé de l'utérus vers les ganglions.

L'infection ascendante, muqueuse, peut-elle se faire de bas en haut, par apport direct de l'agent pathogène, sur la partie inférieure du tractus utérin, celui-ci se fixant primitivement sur la muqueuse cervico-vaginale et remontant secondairement vers l'endomètre ?

Pour démontrer ce mode de contamination par continuité muqueuse, le professeur Forgue n'admet que les preuves fournies par l'examen histologique, sans contester toutefois les difficultés de cette démonstration.

« En effet à la période éloignée du début, il devient « incertain, dans les cas de lésions utéro-annexielles avan- « cées, de fixer la succession chronologique de ces lé- « sions, de préciser si la tuberculose utérine a été la pre- « mière en date ou si la localisation tubaire a été la loca- « lisation du début. Il faut prouver que sur l'endomètre « les lésions sont plus vieilles que sur la muqueuse tu- « baire, donc chronologiquement et logiquement anté- « cédentes. Il faut prouver de plus que les lésions sont « localisées ou ont leur-maximum vers la surface mu- « queuse. L'endométrite tuberculeuse est plus fréquente « que les classiques ne l'enseignent et que les cliniciens « n'en admettent l'hypothèse. Il me paraît exact de « maintenir cette conception pathogénique de l'infection « ascendante. C'est déjà un argument digne de considé-

« ration que de pouvoir rappeler quelques faits bien « observés, où l'évolution paraît être saisie à la phase « pendant laquelle le tubercule resté greffé sur la mu- « queuse du corps utérin avec état indemne des annexes. « Voilà la première étape de l'infection remontante, in- « contestable en pareil cas, où tout autre hypothèse d'ino- « culation descendante venue des trompes est nettement « écartée, puisque les trompes sont saines. Or de ces tu- « berculoses primitives et isolées de l'endomètre du « corps, une série d'exemples sont démontrés, scrupu- « leusement étudiés, ils comptent fortement et suffisent « pour poser avec grande probabilité la question de la « fixation primitive du bacille sur l'endomètre, par voie « d'inoculation muqueuse ».

L'importance des données anatomo-pathologiques ne saurait être contestée, mais il nous semble qu'elles ne doivent pas, en aucun cas, faire perdre de vue les indications fournies par la clinique.

Il y a des cas, peu nombreux il est vrai, où l'ensemble des signes cliniques, l'histoire de la maladie ont permis de poser le diagnostic de tuberculose génitale, et dont le début est si précis, se rattache si nettement à la cause de l'infection qu'il nous semble pouvoir affirmer le mode de pénétration du bacille, alors même que la preuve absolue nous manque.

Il faut en effet tenir compte du fait que grâce aux apports intimes utéro-annexiels, nous ne pouvons qu'exceptionnellement posséder un utérus lésé assez profondément pour être justifiable d'une intervention sans que cette lésion se propage aux annexes.

D'ailleurs une lésion histologiquement plus avancée ne l'est pas toujours en même temps chronologiquement. On peut concevoir une infection utérine ayant un point de départ cervical, et se propageant vers un utérus affaibli par une grossesse, ou vers une trompe lésée par salpingite ancienne, donner dans un temps assez éloigné du début, des lésions histologiquement plus graves sur les organes touchés chronologiquement plus tard que sur la région primitivement infectée. Car nous savons que les caractères histologiques de la muqueuse cervicale la rendent plus résistante, non seulement à la fixation, mais aussi à la progression des lésions.

Comment se fait cet apport microbien ?

Par tout contact bacillaire avec la muqueuse vaginale ou utérine.

Il peut donc résulter d'un toucher vaginal malpropre, de l'emploi de canules et autres objets souillés, mais il résulte surtout de rapports sexuels.

Cette dernière question nous paraît la plus intéressante.

Un mari, atteint d'une lésion testiculaire, ou épididymaire, peut-il contaminer sa femme ? Pour répondre à cette question, il faudrait des statistiques extrêmement difficiles à établir.

En effet nous savons que les lésions génitales tuberculeuses évoluent discrètement sans renfort de symptômes, et ne retentissent que peu sur l'état général.

Le seul moyen pratiqué serait, comme l'a si bien indiqué Verneuil, la confrontation, l'examen des conjoints. En réalité cet examen ne peut être fait qu'exceptionnellement.

Chacun sait combien les malades sont réfractaires aux confidences d'ordre génital. A plus forte raison un mari qui se juge bien portant, ne viendra-t-il pas se faire examiner pour savoir « s'il a eu quelque chose aux bourses ».

Il faut donc des coïncidences favorables, une consultation simultanée, un mari obligeant, parfois une fiche ancienne, prouvant que le conjoint a été traité pour tuberculose génitale, pour pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un coït infectieux.

La voie d'apport du bacille sur ces organes génitaux, par les rapports sexuels, a des défenseurs notoires, qui s'appuient sur un nombre de cas toujours en augmentant.

Déjà Verneuil supposait que « la tubercule génitale » primitive indépendante de la scrofule, naît peut-être » à la suite d'un coït, c'est-à-dire par progression du ba» cille tuberculeux à travers les voies génitales infé» rieures jusqu'à un point de l'appareil où il trouve les » conditions favorables à son développement ».

Fernet a publié plusieurs observations qu'il résume de la façon suivante :

« Des femmes ayant eu des rapports sexuels avec des » hommes phtisiques deviennent elles-mêmes tubercu» leuses et la localisation primitive de la maladie a lieu » sur le bas-ventre... On ne trouve en dehors de la ma» ladie pelvienne que des manifestations commençantes » ou à peine ébauchées. Comment ne pas admettre que » la maladie a pénétré par les organes génitaux ? Et » quand on constate d'après leur déclaration qu'elles

» avaient cohabité avec des hommes tuberculeux, com-
» ment ne pas être amené à penser que le microbe de
» la tuberculose a été inoculé dans les rapports
» sexuels ».

Spinelli a rapporté au Congrès de Rome trois cas de tuberculose génitale à la suite de la cohabitation avec des maris tuberculeux, dont l'un avait une tuberculose testiculaire.

Citons enfin Calmette (*Revue de la tuberculose*, 1913).

« C'est un fait incontesté que lorsqu'il existe des lé-
» sions tuberculeuses des vésicules séminales et des tes-
» ticules, les liquides excrétés par ces organes peuvent
» renfermer des bacilles. Le sperme provenant de tels
» sujets se montre assez souvent infectieux pour les
» animaux auxquels on l'inocule. L'infection tubercu-
» leuse des voies génito-urinaires est le plus souvent se-
» condaire, d'origine hématogène, mais elle peut aussi
» résulter d'une contamination directe des muqueuses
» par les rapports sexuels ou par l'introduction dans
» les organes génitaux de canules, de sondes, ou divers
» objets souillés de bacilles.

Nous ne ferons que signaler comme source possible de contagion, les rapports buccaux.

On a rapporté plusieurs observations où la muqueuse génitale de la femme a été infectée par la salive du mari, et inversement. Ainsi Petit a communiqué une observation relative à une jeune femme atteinte de tuberculose génitale, qui après avoir contaminé deux amants, tous deux morts de tuberculose, a eu des rapports buccaux avec un troisième qui jusque là jouissait d'une parfaite

santé. Ce dernier a contracté une adénite cervicale tuberculeuse.

La seule objection sérieuse à la théorie de l'infection par voie ascendante muqueuse peut se résumer dans ces quelques lignes : « La muqueuse du corps s'inocule » plus vraisemblablement par une infection descendante » selon le cours péristaltique des règles et des sécré- » tions venues des trompes que par une affection ascen- » dante, antipéristaltique, empêchée par l'hémorragie » et la desquamation épithéliale qui, à chaque période » menstruelle, balaient la cavité et tendent à entraîner » les bacilles qui auraient pu y remonter » (Forgue).

La tuberculose utérine se rencontre à tous les âges : cependant la plupart des auteurs reconnaissent que cette affection évolue sur des femmes de 20 à 45 ans.

Popoff pense que la tuberculose se greffe le plus souvent sur un terrain prédisposé : une métrite blennoragique antérieure, un traumatisme obstétrical, un avortement, une faiblesse héréditaire ou congénitale de l'appareil génital.

D'autres auteurs (Robert Dupont, Destremont) pensent au contraire que les utérus hypoplasiés, de type infantile semblent surtout réceptifs à la tuberculose.

Nous reproduisons quelques observations à l'appui de notre thèse, qui sont loin d'avoir toutes la même valeur.

Tandis qu'il y a des cas absolument probants, comme celui, qui a été le point de départ de ce travail, il y en a d'autres qui le sont bien moins, mais qui peuvent quand même être interprétés en faveur de notre théorie.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Derville (Thèse : *Tuberculose du col et du corps utérin*).

Ch... Louise, 19 ans, entrée en 1887 à l'hôpital Laënnec.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : soignée à Laënnec 3 ans auparavant, pour pneumonie gauche, suivie d'épanchement pleural.

Réglée à 15 ans, a toujours été bien réglée.

Depuis 1 an 1/2, elle a de la leucorrhée, mais l'écoulement est surtout abondant depuis 4 mois. En même temps le liquide jusque-là blanchâtre est devenu jaune.

Trois mois auparavant avortement de deux mois. Mais elle ne prit à ce moment aucun soin de sa santé et ne voulut pas rester au lit.

L'examen des poumons ne révèle aucune lésion.

L'examen des organes génitaux montre un col volumineux, de surface irrégulière. Un corps utérin augmenté de volume et dépassant légèrement le pubis.

L'examen au spéculum montre un col rouge violacé.

Par l'orifice externe s'écoule un liquide muco-purulent qu'on examine microscopiquement

On y trouve de nombreux bacilles de Koch.

Depuis 6 mois elle vit maritalement avec un homme d'une bonne santé, qui présente des poumons normaux.

Mais l'examen de ses organes génitaux montre deux noyaux indurés dans l'épididyme droit.

Obs. II. — Derville (Thèse : *Tuberculose génitale*. Tuberculose péritonéo-pleuro-pulmonaire ultérieure).

Il s'agit d'une femme mariée dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, et qui présente depuis 6 mois des troubles utérins : suppression des règles, leucorrhée abondante avec amaigrissement. Après un long intervalle elle tousse et présente des troubles digestifs. L'examen de la malade fait porter le diagnostic de tuberculose génitale primitive, suivie de tuberculose-pleuro-péritonéale, et pulmonaire. Plusieurs examens des secrétions utéro vaginales ont montré la présence de bacilles tuberculeux.

On examine alors le mari chez lequel on trouve une tuberculose orchi épididymaire évidente dont il est porteur depuis de longues années et à laquelle s'ajoutent quelques signes d'une tuberculose pulmonaire encore peu étendue.

Obs. III. — Lepetit (Communication à la Société Anatomique, 1892). *Tuberculose du col et du corps utérin avec extension au péritoine.*

Pièce provenant de l'autopsie d'une femme morte de péritonite tuberculeuse à la Pitié, salle Valleix.

C'est pour cette péritonite qu'elle est entrée à l'hôpital et rien n'avait attiré l'attention du côté des organes génitaux dont l'examen n'avait pas été pratiqué.

A l'autopsie, en dehors des lésions banales de tuberculose, on trouvait les lésions suivantes : utérus augmenté de volume, avec des parois infiltrées de nodules tuberculeux. La muqueuse du corps est le siège d'une vaste ulcération à bords irréguliers, à fond anfractieux, s'étendant jusqu'au col qui est, en partie, détruit. La trompe gauche, grosse comme un doigt, est le siège d'un abcès tuberculeux. Dans les poumons on a trouvé des tubercules calcifiés et des adhérences pleurales bilatérales. L'examen histologique a confirmé le diagnostic. L'étendue et la gravité des lésions géni-

tales permettent de penser qu'elles sont les premières en date et que le péritoine et le poumon n'ont été atteints que secondairement.

Obs. IV. — Vitrac (Archives de médecine expérimentales. *Tuberculose du col avec annexes saines.*

Jeanne P..., 21 ans, entre dans le service de Lannelongue à Bordeaux, pour douleurs dans le bas ventre et pertes blanches. A 7 ans traumatisme au niveau des organes génitaux, avec hémorragies.

N'a été réglée que 3 fois.

A l'examen lésion localisée au col utérin sans lésions vaginales.

Au fond du vagin le doigt rencontre une masse végétante de la grosseur d'une noix.

La lèvre antérieure du col est saine, tandis que la lèvre postérieure présente d'une commissure à l'autre une surface bourgeonnante. Cette tumeur a dans l'ensemble une consistance élastique, souple, et donne au doigt explorateur la sensation d'une surface mûriforme.

L'utérus est petit. A gauche tumeur fluctuante, peu douloureuse, faisant penser à un kyste de l'ovaire. Un fragment de végétations cervicales en révèle la nature tuberculeuse. Le 11 février, hystérectomie vaginale. Annexes saines.

Examen de la pièce : à l'orifice du col on trouve un bourgeon rougeâtre, irrégulier, avec, au centre, une végétation de la grosseur d'un haricot.

Tout autour de cette végétation principale, se trouve une couronne de végétations plus petites, avec, dans l'intervalle, de petits sillons renfermant un liquide séro-sanguinolent.

L'examen microscopique montre des productions tuberculeuses agglomérées dans l'épaisseur de la lèvre cervicale.

Les follicules se confondent plus ou moins. Quelques-uns sont encore séparés les uns des autres par les organes autour desquels ils se sont développés.

La recherche du bacille de Koch a été positive ainsi que l'inoculation au cobaye.

Obs. V. — Moore. (*Surgery, Gyn. a Obstét.*, July 1919). *Tuberculose du col.*

S., âgée de 27 ans, a un mari bien portant.

Elle est mariée depuis huit ans, mais n'a pas eu de grossesse. Elle a toujours été en bonne santé.

Les règles sont normales.

Il y a 4 semaines la malade a eu une petite hémorragie par la vulve, qui depuis se répète régulièrement après chaque coït, mais sans provoquer aucune douleur. Elle ne vient consulter que pour ces hémorragies.

Examen : Le col est mollasse, empâté, un peu élargi, laissant pénétrer le doigt On sent, sur la lèvre postérieure, un nodule qui saigne, et qui, au spéculum, est très rouge, et présente une ulcération dans sa partie postérieure. Les annexes sont indemnes. On diagnostique un épithélioma.

L'examen biopsique montre qu'il s'agissait d'une tuberculose.

Obs. VI. — Thiercelin. Société anatomique, 1919 (*Tuberculose génitale primitive, consécutive à un avortement*).

H. Françoise, 24 ans, entre le 12 février 1889 à l'Hôtel-Dieu dans le service de Cornil.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans ; elle n'avait jamais eu d'enfants et se portait très bien, quand au mois d'octobre dernier elle entre à la Maternité et y fit une fausse-couche de 4 mois.

Elle eut alors une hémorragie abondante et fut prise, à la suite, d'une fièvre élevée et de douleurs dans le bas-ventre.

Elle sortit de la Maternité, soulagée, mais amaigrie.

Quinze jours après sa sortie, elle fut prise chez elle de vomissements et de douleurs abdominales.

A son entrée la malade est très amaigrie, ses traits sont

tirés. La température le soir est de 39° et le matin tombe à 37°6. La palpation du ventre est douloureuse, surtout au niveau de l'hypogastre, où l'on perçoit un empâtement qui remplit en partie la fosse iliaque droite.

La malade n'a pas revu ses règles depuis sa fausse-couche, mais a eu depuis cette époque une leucorrhée profuse.

Le toucher vaginal révèle un empâtement des culs-de sac vaginaux, surtout du cul-de-sac postérieur et la présence d'ulcérations granuleuses sur les deux lèvres du col.

L'auscultation ne révèle aucun signe d'affection pulmonaire.

Un mois après son entrée la malade se mit à tousser et l'auscultation fit entendre au sommet des 2 poumons des craquements secs. Dès lors elle se cachectise cependant que les lésions pulmonaires font de rapides progrès.

Autopsie le 14 avril. Le péricarde contient du liquide séreux et le cœur présente une lésion mitrale.

Granulations pleurales, péritonéales et épiploïques.

Les organes du petit bassin sont agglutinés et il est impossible de les séparer.

La trompe gauche était repliée plusieurs fois sur elle-même et formait ainsi une masse arrondie renfermée dans une enveloppe fibreuse, coiffant le fonds de l'utérus auquel elle était intimement adhérente.

Toute la surface interne du corps utérin est recouverte de bourgeons irréguliers surtout développés en un point de la paroi utérine qui devait être l'insertion placentaire.

De semblables bourgeons recouvrent la portion utérine du col.

L'orifice externe du col est déchiqueté, irrégulier et présente des éraillures profondes, surtout au niveau de son bord postérieur et de sa commissure droite.

Sur toute la portion vaginale du col il existe des pertes de substance profondes et taillées à pic, dont les bords présentent par places des corps jaunâtres ressemblant à des tubercules.

Le vagin présente également sur ses parois de nombreuses ulcérations, mais elles sont beaucoup moins profondes sur le vagin que sur le col utérin.

L'examen histologique fait par Cornil montre un bourgeonnement considérable du tissu conjonctif du corps et du col. Dans le corps en particulier existent de grandes végétations irrégulières, fibreuses, vascularisées dont les vaisseaux possèdent des parois épaissies.

Ces vaisseaux offrent même des lésions inflammatoires chroniques de leur tunique externe, comme cela se voit après la gestation. Ce tissu conjonctif végétant du corps se rapporte bien au point d'implantation du placenta. Par place on trouve soit une infiltration étendue de cellules hyalines, atrophiées, soit des îlots caséeux, plus petits, mais bien limités.

Ces derniers siègent surtout autour des vaisseaux qui sont oblitérés et remplis d'un coagulum fibrineux à ce niveau. Pas de cellules géantes dans les îlots ni dans les infiltrations caséeuses.

Il existe des lésions analogues dans la muqueuse du col.

Obs. VII. Lwow. — *(Roussky Wratch,* 1891). *Tuberculose du col.*

I., âgée de 30 ans, entre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes de sang.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans. Mariée à 19 ans. Un enfant il y a 10 ans.

Pertes blanches depuis 8 ans.

Douleurs dans le bas-ventre d'août à octobre 1889, puis pertes de sang.

Le toucher vaginal montre la portion vaginale du col épaissie, mollasse, irrégulière. L'orifice externe est béant et laisse pénétrer le doigt explorateur.

L'utérus, rétrofléchi, est augmenté de volume.

La malade fut prise la veille de douleurs violentes dans le bas-ventre accompagnée de pertes sanguinolentes.

La portion vaginale du col est ulcérée.

On pratique un curettage et l'amputation du col qui fut rendue difficile par l'extrême friabilité des tissus avoisinants. Le curettage ramena de grands débris de muqueuse dont les caractères histologiques étaient effacés. Les parois utérines sont très amincies.

Les annexes sont en apparence saines.

La malade se sentait améliorée. Mais 3 semaines plus tard brusquement de violentes douleurs apparurent.

Ramenée à l'hôpital elle mourut.

A l'autopsie on trouve une tuberculose de l'ovaire gauche avec périmétrite postérieure suppurée.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une endométrite tuberculeuse, affection qui débute sur la muqueuse cervicale ; la lésion ovarienne était postérieure et avait provoqué la périmétrite.

Aucune autre localisation tuberculeuse n'a pu être trouvée.

Le mari a été examiné et a été trouvé en parfaite santé.

Obs. VIII. — Brouha. *Revue de Gynécologie*, 1902. *Tuberculose primitive du canal cervical utérin*.

Madame G., âgée de 41 ans, entre à la clinique le 9 septembre 1901.

Son premier mari est mort, il y a six ans, de tuberculose pulmonaire à l'âge de 36 ans.

Bien réglée depuis l'âge de 16 ans, elle a eu cinq grossesses, qui évoluèrent normalement, à l'exception d'une seule qui s'interrompit à trois mois

Il y a 7 ans, elle a été soignée pour une pelvi-péritonite, et en mai dernier a eu un curettage pour métrite hémorragique.

Les dernières règles datent de 2 mois. Depuis lors des pertes blanches. Malaise général avec douleurs dans la fosse iliaque gauche. L'exploration des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal.

A l'examen on trouve un corps utérin normal, en ante version, sensible à la pression. Les culs-de-sac latéraux sont empâtés et douloureux.

L'examen au spéculum montre que la lèvre postérieure du col, dont l'orifice est une large fente transversale, est saine.

Sur la partie droite de la lèvre antérieure on remarque une ulcération arrondie dont le fond est rouge. La partie moyenne de cette lèvre antérieure présente une série de petites ulcérations qui donnent au tissu un aspect vermoulu.

On fait une biopsie — qui révèle une infiltration tuberculeuse typique — avec présence de bacilles de Koch — et quelques jours après une hystérectomie.

Examen de la pièce : Corps utérin normal, avec au niveau une muqueuse hyperémiée et épaissie.

Dans le canal cervical, à 45 millimètres de l'orifice externe on note une perte de substance en entonnoir dont le sommet s'enfonce perpendiculairement dans l'épaisseur de la paroi du col et dont la base répond à la surface du canal cervical. Les annexes sont recouvertes de dépôts pseudo-membraneux.

Examen histologique : Au pourtour de la muqueuse ulcérée on constate que le tissu fibreux du col est remplacé par un tissu qui offre tous les caractères de l'infiltration inflammatoire chronique.

La substance fondamentale a presque entièrement disparu et on se trouve en face de 2 sortes de cellules.

Les éléments d'une première espèce sont de véritables nodules de cellules épithélioïdes entre lesquels on trouve de très nombreuses petites cellules inflammatoires typiques.

En ce qui concerne la muqueuse cervicale, on peut dire que les lésions sont d'autant plus prononcées qu'on envisage un endroit plus voisin de l'ulcération.

L'hypertrophie de cette muqueuse porte à la fois sur le stroma conjonctif et sur les glandes.

Celles-ci sont hypertrophiées et hyperplasiées.

La muqueuse du corps et les annexes sont indemnes de lésions tuberculeuses.

Obs. IX. — Cornil (*Journal des sciences médicales*, 1888).

Chez une malade de Péan le diagnostic clinique d'une lésion du col de l'utérus était resté douteux. L'aspect du col hypertrophié, induré, hérissé de végétations irrégulières, baigné d'un liquide muqueux, épais, jaunâtre, granuleux, faisait redouter un cancer. Péan avait fait l'extirpation totale de l'utérus.

L'examen de la pièce montre les « plis de l'arbre de vie très accusés, agglutinés, par un liquide collant parsemé de grumeaux opaques.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une tuberculose du col limitée à cette partie de l'organe.

Obs. X. — Croft (*Britisch Médical Journal*, 1902). *Tuberculose limitée au col utérin.*

L'auteur produit une pièce, au sujet de laquelle il explique que l'affection s'est développée dans la muqueuse cervicale de l'orifice externe et a abouti à produire une excroissance localisée de forme papilleuse (cervicite tuberculeuse papillaire).

Des coupes faites au niveau de ces papilles et de la muqueuse avoisinante ont montré qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse typique.

L'affection paraît être bien localisée, car l'utérus et les trompes sont normaux.

Obs. XI (Résumée). — Cayla (*in Thèse de Bordeaux*, 1912). *Tuberculose du col.*

X., 26 ans. Vient consulter pour pertes de sang qui durent depuis 4 ans. Réglée pour la première fois à 19 ans. Toujours très irrégulièrement. Elle perd par caillots. Leucorrhée intermittente assez marquée. Il y a 4 ans, elle a eu de petites

hémorragies survenant après le coït, une promenade en voiture. Après un séjour à Pau les hémorragies cessent, mais les pertes blanches sont plus abondantes. De retour à Bordeaux elle perd du sang après le coït — et est très amaigrie.

Examen : La palpation du ventre est négative. L'utérus et les annexes sont mobiles et paraissent sains. Le col présente une ulcération qui se prolonge vers les culs-de-sac vaginaux. L'ulcération est irrégulière, de coloration rouge et rappelle un épithélioma, à la dureté près.

Une biopsie est pratiquée le 22 novembre 1911 et les constatations faites par le docteur Pierre Nadal ne laissent aucun doute : « Le fragment examiné porte uniquement sur la muqueuse et n'intéresse pas la couche musculaire ».

Il existe de la congestion des petits vaisseaux de la muqueuse et le sang qu'ils contiennent présente une richesse leucocytaire considérable. Dans le tissu interstitiel en dehors de l'infiltration lymphoïde de réaction inflammatoire banale on remarque l'existence d'un grand nombre de follicules tuberculeux très nets quelques-uns isolés, mais le plus grand nombre très confluents avec d'innombrables cellules géantes.

Des nappes de cellules épithélioïdes, mais peu de ramollissement caséeux Les glandes paraissent subir une hyperplasie irritative intense.

Traitement employé : curettage de l'ulcération, thermocautérisation et héliothérapie à l'aide d'un spéculum de Fergusson.

Le poids a augmenté de dix kilogs. La malade se sent très améliorée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On distingue trois formes principales : la forme miliaire, la forme végétante et la forme ulcéreuse. Cotte enfin a rapporté l'observation d'une tuberculose cervicale qu'il qualifie de tuberculose inflammatoire.

La forme miliaire, rare, décrite par Cornil, présente le type des lésions miliaires. Kynoch pense que cette lésion est simplement le début d'une tuberculose ulcéreuse : Sur un fond rouge, les tubercules font des saillies ; ils sont petits, isolés, ou confluents. Quelques-uns sont transparents, grisâtres ; d'autres jaunes. Ce type est fréquemment associé à la tuberculose miliaire d'autres organes.

La forme interstitielle est une forme rare. Le col peut être dans son ensemble augmenté de volume, béant, ou conique avec un petit orifice. Le type interstitiel pur ne comporte pas de lésions muqueuses.

Les lésions existent seulement dans l'épaisseur du tissu musculaire, présentant l'aspect de follicules tuberculeux. Dans un stade très avancé ceux-ci peuvent envahir la muqueuse, subir une fonte caséeuse et aboutir au stade ulcéreux.

Alessandri cite un cas où l'affection limitée au corps

de l'utérus, celui-ci était doublé de volume, les foyers caséeux se trouvaient en pleine musculeuse, éloignés de la séreuse et de la muqueuse.

Au microscope, on trouve comme dans le cas de Chaton, en plein tissu musculaire, un tissu inflammatoire formé de cellules embryonnaires et de tissu nécrosé. Ces nodules renfermaient de nombreuses cellules géantes.

Dans la forme végétante, appelée aussi proliférante ou papillaire, le processus morbide débute dans la muqueuse cervicale, pouvant s'étendre jusqu'à la portion vaginale du col.

Les lésions consistent au début dans une cervicite hyperplasique et deviennent plus tard des masses spongieuses de couleur rouge vif.

Dans certains cas, cette muqueuse hyperplasiée prend la forme de petites tumeurs sessilles pouvant atteindre le volume d'une cerise, de consistance molle, friable, saignant facilement, et ressemblant beaucoup à l'épithélioma avec lequel elles ont souvent été confondues.

On a encore décrit des cas où l'affection débute comme un catarrhe endocervical tuberculeux, s'étendant aux glandes, et provoquant leur hypertrophie et l'hyperplasie des cellules glandulaires. Dans d'autres cas les cellules glandulaires ne sont pas modifiées et le processus limité au stroma.

Forme ulcéreuse la plus connue.

Les ulcérations de la muqueuse peuvent être dans certains cas l'aboutissant d'autres formes. Mais très souvent elles coexistent avec d'autres formes anatomiques. Murphy a observé que l'ulcération tuberculeuse débute

au voisinage de l'orifice externe du col et s'étend ou bien vers le canal cervical, ou vers la muqueuse vaginale.

Cornil et Babès ont donné de cette forme ulcéreuse, une description minutieuse.

Elle se présente sous la forme d'une petite ulcération lenticulaire, à fond grisâtre et recouvert de muco-pus, semblable à une ulcération résultant de la rupture d'une vésicule d'herpès, ou sous la forme d'une ulcération, plus grande, résultant de la confluence des petites.

L'ulcération peut être unique et constituer la lésion dominante, comme dans le cas de Popoff.

Cette perte de substance est tantôt nettement limitée par des bords décollés, taillés à pic, tantôt semblable à une érosion de couleur rouge vif, couverte de nodules tuberculeux ayant subi une fonte caséeuse. Ces lésions peuvent envahir la couche musculaire ; elles sont alors profondes, cratériformes ou ce qui est le plus fréquent rester superficielles.

Nous ne nous arrêterons pas sur la *forme catarrhale* de Schütt que la plupart des auteurs n'admettent pas.

Cotte enfin a décrit une forme inflammatoire dans laquelle le diagnostic a été fait non par l'examen histologique, mais par le séro-diagnostic. Nous notons ce cas, mais il nous semble bien difficile de pouvoir soutenir un diagnostic de tuberculose localisée, basé sur une réaction d'agglutination qui est une réaction d'affection généralisée.

Obs. Daniel et Babès. — (*Société de Gynécologie de Bucarest*, 1924. *Métrite interstitielle hypertrophique.*

X., 50 ans. Ménopause depuis 3 ans.

Depuis un an et demi la malade se plaint de douleurs dans l'hypogastre, des fosses iliaques et pertes muco-purulentes, fétides, abondantes, ainsi que de pertes de sang.

Examen : Le col utérin est hypertrophié. La biopsie ne montre pas de lésions carcinomateuses.

L'utérus, augmenté de volume, présente dans la cavité corporelle une tumeur de la dimension d'une petite pomme, implantée sur la paroi postérieure et occupant toute la cavité de l'organe. Au niveau de cette tumeur la muqueuse est irrégulière, et présente des végétations.

En sectionnant la pièce on voit la muqueuse épaissie à l'intérieur et surtout dans la musculeuse on constate une série de petites cavités de la dimension d'un petit grain de mil jusqu'à celle d'un grain de chanvre, remplies d'un pus jaune, verdâtre, bien lié.

Dans la musculeuse on reconnaît en outre un grand nombre de vaisseaux épaissis.

L'examen microscopique montre la nature tuberculeuse de la tumeur.

Obs. Cotte (*Gazette des hôpitaux*, 1907). — *Tuberculose inflammatoire du col de l'utérus.*

L., 23 ans, entre à l'hôpital pour d'abondantes pertes de sang. Il n'y a rien à noter dans ses antécédents personnels. Réglée à 14 ans.

Les règles ont été très régulières mais douloureuses. Pertes blanches en dehors des époques depuis l'établissement de la menstruation.

L'affection actuelle a débuté en novembre 1906. Deux mois auparavant la malade a eu des rapports sexuels avec un sujet bien portant, qui ne paraissait pas atteint de bacillose.

A partir de novembre 1906 la malade a eu, dans l'intervalle des règles, d'abondantes hémorragies qui l'obligèrent à garder le lit. Deux mois après l'arrêt de son travail, elle se décide à entrer à l'hôpital.

C'est une femme très anémiée, au teint très pâle dont l'examen somatique ne révèle rien de particulier.

A l'examen : Le col est hypertrophié, dur ; sa muqueuse est épaissie, infiltrée. Sur ses lèvres il existe un ectropion très marqué.

L'utérus est augmenté de volume, mais mobile. Les annexes sont volumineuses et empâtées. Ces lésions donnent l'impression d'une bacillose utéro-annexielle.

Au spéculum on trouve un col sans ulcération.

Dès l'entrée à l'hôpital l'état de la malade fut un peu amélioré. On se décida à faire une excision partielle du col pour déterminer la nature de cette inflammation.

Le professeur agrégé Paviot, qui fit l'examen histologique de la pièce, en donna le résultat suivant.

« La pièce appartient au col utérin, dont la partie recouverte par l'épithélium ectodermique du vagin et les glandes sont parfaitement reconnaissables. Ces glandes sont hypertrophiées et devenues sinueuses ; elles sont hyperplasiées et ont pris un épithélium cylindrique très élevé. Le reste du col est sclérosé. Sous la muqueuse, le derme sous-muqueux, le tissu périglandulaire sont très hyperplasiés. Mais sur aucune coupe, il n'est possible de rencontrer de formation histologiquement tuberculeuse. Par contre le séro-diagnostic fait au même moment a été nettement positif ».

La malade a été envoyée à la campagne. Depuis elle n'a pas eu de métrorragies et a pu reprendre son travail.

Il s'agissait donc d'une malade exempte de toute gonococcie, présentant depuis 4 mois d'abondantes métrorragies, liées à des lésions utéro-annexielles que, dès le premier examen, on n'hésita pas à qualifier de lésions tuberculeuses.

Pour les lésions du col, que seules on a pu étudier au

microscope, on n'a trouvé que des altérations banales ; mais le séro-diagnostic a été nettement positif.

Nous n'hésitons pas à décrire les lésions du col comme un cas de métrite cervicale, hypertrophique de nature tuberculeuse.

Obs. *(résumée)* Vineberg *(American Journal of Obstetrics*, 1908). *Tuberculose limitée au col de l'utérus.*

Il s'agit d'une malade de 25 ans, dont les antécédents héréditaires sont bons. Dans les antécédents personnels on note une leucorrhée profuse. La malade est de petite taille, au-dessous de la moyenne. L'intelligence paraît au-dessous de la normale.

L'hymen est intact, mais les grandes lèvres sont très développées. Le clitoris est long. Cependant la malade n'avoue pas la masturbation.

Au toucher le col est velouté, le corps petit en anteflexion. L'examen au spéculum montre la portion vaginale du col couverte de végétations vascularisées.

On pense à un épithélioma et on se décide à l'intervention. Pendant l'opération des doutes vinrent sur la nature des végétations. On dilata alors le col et on fit un curettage. Le corps et les annexes trouvés indemnes de toute lésion furent laissés en place et on pratiqua seulement l'amputation de la portion vaginale du col. La pièce fut examinée. On se trouva en face de lésions tuberculeuses typiques. Il n'y eut pas de récidive.

Chaton *(Tuberculose hypertrophique du col. Bulletin de la Société anatomique*, 1907*)*.

Mme J. âgée de 37 ans, sans antécédents héréditaires. Antécédents personnels : Réglée à 15 ans : règles régulières, peu abondantes. Pas de pertes blanches. Mariée sans enfants. A l'âge de 18 ans bronchite de longue durée, accompagnée

de crachements de sang. Mal de Pott à 23 ans. Métrite il y a 10 ans.

L'affection fut traitée ; puis les phénomènes douloureux disparurent, mais les pertes blanches ont persisté. Depuis 3 ans, les règles ont disparu

La malade entre à l'hôpital en février 1907, avec le diagnostic de prolapsus utérin : le col se présentait à la vulve et la malade en éprouvait une sensation de gène très pénible. L'examen montra qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie sus-vaginale du col.

La malade avait un bon état général, mais présentait une adénite cervicale bilatérale. Les ganglions de la nuque sont gros durs, mobiles Il existe une adénite axillaire gauche, et un ganglion gros comme un œuf de pigeon dans la fosse iliaque droite. Les adénites n'ont jamais suppuré.

L'opération est pratiquée par M. le Bec le 1er mars 1907. Après section du col en 2 valves on tombe sur des noyaux blanc-jaunâtres, ayant l'apparence de gommes tuberculeuses. Le produit caséeux est extrait à la curette et aux ciseaux. Le tissu avoisinant est très friable et rend difficile la suture de la muqueuse vaginale à celle de la cavité cervicale. Les jours suivants, on dut extraire à plusieurs reprises au cours des pansements, des fragments de produits caséeux, jaunâtres, apparaissant dans les intervalles de la suture qui n'avait pu être rigoureusement exacte. Au cours d'un de ces pansements on recueillait le liquide qui s'écoulait de la plaie utérine et on l'inocula au cobaye. La malade sortit le 20 mars 1907 ne présentant plus aucun trouble fonctionnel.

Revue le 15 juillet : le col est ouvert en 2 valves ; sur chacune d'elles existent quelques érosions, du côté droit quelques granulations jaunâtres. Au toucher le corps utérin est gros et les annexes sont volumineuses. Localement la malade ne ressent aucun trouble.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Lorrain : les coupes pratiquées dans les régions caséifiées montrent : des

fibres musculaires, puis une zone formée de cellules embryonnaires, enfin une portion complètement nécrosée. Les cellules embryonnaires tendent par place à former des nodules arrondis dans lesquels on peut voir quelques cellules géantes.

Des coupes ont été aussi pratiquées dans une portion avoisinant la cavité cervicale ; sur ces coupes on trouve 2 portions distinctes : d'une part des glandes dilatées et ramifiées (adénome), d'autre part un tissu inflammatoire formé de cellules embryonnaires et de tissu nécrosé.

On voit également en plein tissu musculaire, plusieurs nodules embryonnaires : dans l'un d'eux, 2 cellules géantes. La recherche du bacille de Koch sur de nombreuses préparations a été négative.

Le liquide recueilli dans la plaie utérine a été inoculé au cobaye et le tuberculisa.

En résumé il s'agissait d'une tuberculose du col de l'utérus, accompagnée d'une hypertrophie cervicale telle que la gêne qui en résultait, était le symptôme principal présenté par la malade.

Cette forme hypertrophique avec lésions interstitielles et intégrité apparente de la muqueuse vaginale du col, n'entre pas dans le cadre classique de Pozzi.

Remilly. Obs. 6546 du service du Pr Hartmann. *Tuberculose du col de l'utérus.*

Mme M..., ménagère, entrée le 15 octobre 1910 pour douleurs de la tête, qui amenaient de violentes contractions de la nuque. Elle avait également depuis quelques jours des douleurs lombaires.

Antécédents familiaux : Rien à noter.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans, ses règles ont été douloureuses jusqu'à son mariage.

Trois enfants morts, dont deux jumeaux, broncho-pneumonie, entérite, méningite.

Un enfant bien portant, une fausse-couche l'an dernier. Pertes blanches depuis un mois. Pleurésie droite à 9 ans. Mari syphilitique depuis cinq mois (?) chancre.

Examen : Toucher vaginal : Vulve élargie, lâche, avec un peu de prolapsus des parois vaginales. Au toucher on trouve au fond du vagin un col volumineux, dur avec au centre une sensation d'inégalité semblant au niveau de la lèvre antérieure terminée par un léger bourrelet qui rappelle dans une certaine mesure le rebord éversé d'un épithélioma. Mais toutes les parties au lieu de présenter la dureté de ce dernier sont fermes et dépressibles. Au centre le doigt pénètre dans une cavité du col agrandie admettant la dernière phalange, qui pénètre dans une sorte de cæcum limité par des bourgeons arrondis. Cette exploration détermine un très léger saignement.

Au spéculum on constate que le col est très augmenté de volume, présente au moins une surface égale à celle d'une pièce de cinq francs. Son orifice irrégulier, déformé, laisse écouler un liquide gris-jaunâtre, filant. Les lèvres, qui limitent cet orifice présentent plusieurs incisures, une sur la lèvre postérieure à droite de la ligne médiane, une autre sur la lèvre antérieure au niveau de la ligne médiane et deux latérales. Les incisures circonscrivent une série de gros mamelons de couleur rosée semblant exulcérés. Cet aspect se continue dans la cavité du col.

Sur le pourtour externe des lèvres les lésions suivent une ligne régulière au niveau de la muqueuse vaginale. Sur la lèvre antérieure l'aspect est un peu différent, il existe une éversion notable de la lèvre.

Biopsie (Dr Lecène). Sur une large biopsie faite perpendiculairement à l'axe du col, on constate que le chorion de la muqueuse cervicale et le tissu conjonctif qui forment la masse principale du fragment prélevé sont infiltrés des cellules embryonnaires disposées en traînées autour des vaisseaux et présentant en certains points des follicules remplis

de cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes. L'aspect microscopique est tout à fait celui que l'on trouve dans les lésions tuberculeuses des muqueuses. Les vaisseaux ne présentent pas de lésions d'endo-vascularite particulièrement marquées. Le revêtement épithélial n'est que partiellement conservé et la plupart des glandes de la muqueuse sont détruites. Il n'a pas été fait de coloration de bacille, mais l'aspect des coupes est tout à fait en faveur du diagnostic de tuberculose.

Opération 15 septembre 1910 (Dr Lecène) : Hystérectomie vaginale.

Examen de la pièce : Les lésions ne remontent pas dans la cavité du col. Les annexes sont saines.

Examen histologique : Tuberculose typique (Dr Lecène).

Suites opératoires normales, malade sortie en bon état.

Remilly (*Tuberculose du col de l'utérus* 18.513 obs. du service du Pr Hartmann).

L... 26 ans, dactylographe, entrée le 9 février 1920.

La malade vient à l'hôpital sur le conseil de son médecin parce qu'elle « perd en rouge ».

En septembre 1918, dès le premier jour de son mariage, la malade fut prise de pertes rouges et cette hémorragie continua pendant cinq ou six semaines, puis elle perdit un liquide ressemblant à l'eau rougie et ayant une mauvaise odeur. Ces pertes furent surtout abondantes le matin. Régulièrement tous les matins elle perdait tantôt un liquide rose, tantôt un liquide clair comme de l'eau, jamais de pertes épaisses. Malgré ces pertes la malade eut ses règles normales venant s'y ajouter ; mais en novembre 1918, les pertes devinrent si abondantes, qu'elles masquèrent les règles normales. Son médecin lui conseilla des injections d'eau très chaude qui firent diminuer l'écoulement vaginal.

Pendant toute l'année 1919 la malade continua à se soigner ainsi, mais au début de l'année 1920 elle recommença à per-

dre ne présentant aucun trouble, ni douleurs abdominales, ni vomissements, ni constipation et tout en conservant un excellent état général ; elle vient consulter et entre à l'Hôtel Dieu le 9 février, dans le service de M. le Pr Hartmann.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, très irrégulièrement, au début environ tous les trois mois, puis régulièrement vers 17 ans. Quelques pertes blanches vers 22 ans, empesant le linge, jamais très abondantes, ayant continué à se manifester surajoutées aux pertes rouges actuelles. La malade dit n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis deux ans.

Antécédents familiaux : Parents bien portants, frère mort à 4 ans d'une bronchite qui avait duré trois mois. Sœur bien portante. Mari mort au champ d'honneur, pas d'enfant.

Etat actuel : La malade se plaint simplement de pertes quotidiennes. Ces pertes sont peu abondantes et constituées par un écoulement sanguin dilué. Elle n'éprouve aucune douleur ; n'est pas constipée, ne vomit pas, son état général est excellent.

La paroi abdominale paraît normale, légèrement convexe autour de l'ombilic, facilement dépressible, pas de défense musculaire, pas de douleur à la palpation.

Palper bimanuel. — Le col regarde en bas et un peu en avant. Son orifice mollasse admet l'extrémité du doigt. Son extrémité est formée de petites masses molles implantées sur toute la circonférence. Le corps est en rétroflexion et se sent dans le cul-de-sac postérieur. Le tout est mobile, le doigt revient un peu teinté de sang.

Examen au speculum. — Le col fait une forte saillie, il est ulcéré au niveau de son orifice et même sur toute sa face externe jusqu'au point de réflexion du vagin. La masse qui le constitue est lobulée, rouge, ulcérée, bourgeonnante et saignante, recouverte de petites languettes flasques. Les bourgeons entourent un orifice un peu agrandi.

Opération, 16 février 1920 (Pr Hartmann). Pensant pouvoir faire une simple amputation du col on fait une fente bilaté-

rale de ce col. On enlève la lèvre antérieure. Les lésions semblant remonter plus haut on pratique une hystérectomie vaginale sans ablation des annexes.

Examen macroscopique : Sur la pièce enlevée on constate que la cavité du corps utérin est saine et que les lésions remontent exactement jusqu'à l'isthme.

Examen histologique (Dr Peyrou) : la muqueuse pavimenteuse du revêtement est intacte ainsi que le tissu conjonctif sous-jacent. Les lésions sont du côté de la muqueuse endocervicale, elles consistent en hypertrophie considérable des glandes, dont quelques-unes ont subi la dégénérescence microkystique ; l'épithélium de recouvrement a disparu. Dans le tissu conjonctif interstitiel, afflux d'éléments lympho-conjonctifs au milieu desquels les cellules géantes à topographie péri vasculaire confirment la nature tuberculeuse de la lésion ; le tissu musculaire sous-jacent n'est envahi qu'en quelques points.

Suites opératoires normales.

Ménétrier. (*B. de S. anatomique*, 1889). *Endométrite et salpingite tuberculeuses*).

A l'autopsie d'une femme de 24 ans, morte de phtisie pulmonaire dans le service du Pr Jaccoud à la Pitié, nous avons trouvé des lésions de l'utérus représentant une forme assez rare de la tuberculose de cet organe. Durant sa vie, cette femme n'avait présenté aucun symptôme pouvant attirer l'attention de ce côté.

L'utérus est assez gros, mais c'est celui d'une femme multipare et son volume n'a rien d'anormal. Il ne présente extérieurement aucune altération, sauf un peu d'infection vasculaire des lèvres du col et une légère exulcération à ce niveau. L'ayant ouvert on voit dans la cavité du col une petite masse caséeuse, d'un blanc jaunâtre peu adhérente et recouvrant une muqueuse qui, à l'œil nu, ne paraît pas modifiée. La cavité du corps est parsemée d'un semis de granulations

miliaires, jaunes, légèrement saillantes, situées dans la muqueuse et en occupant la partie la plus superficielle. Il n'y en a que deux à la face postérieure ; une quinzaine, irrégulièrement disséminées à la face antérieure. Il n'y a pas d'ulcérations apparentes à la surface, et la muqueuse avoisinant les tubercules paraît seulement un peu congestionnée. La trompe gauche est légèrement renflée à sa partie moyenne et plus consistante. En coupe, sa muqueuse, épaissie à ce niveau, présente une couleur jaunâtre. L'autre trompe est saine, les ovaires également.

Il n'y a pas de lésions de vagin, ni de la vessie.

A l'examen microscopique d'un fragment de la masse caséeuse du col, on trouve des bacilles de Koch en grand nombre.

Des coupes de la muqueuse du corps portant au niveau d'une granulation montrent une infiltration diffuse, de petites cellules dans toute la couche glandulaire.

Les glandes sont écartées par les cellules migratrices qui au centre de la masse subissent la dégénérescence caséeuse. On y voit deux belles cellules géantes. On trouve aisément des bacilles dans cette granulation, on en trouve également, mais plus rares, très espacés, dans le tissu infiltré de la muqueuse.

Une coupe portant sur le renflement induré de la trompe gauche montre un épaississement notable des franges de la muqueuse. Les couches sous-muqueuses ne sont pas altérées. Tout le tissu infiltré des franges de la muqueuse est parsemé de bacilles en nombre considérable.

Obs. (*Résumé*). Popoff. (Vratch 1906. *Tuberculose primitive du col et du corps utérin*).

A. S. cuisinière 39 ans. Entrée pour pertes rouges qui ne cessent pas après les injections chaudes ordonnées par plusieurs médecins des consultations externes. Le père était spécifique et mourut d'une apoplexie. Deux sœurs et un frère sont bien portants. La malade est réglée à dix sept ans,

a des relations sexuelles à partir de l'âge de vingt ans Elle a eu quinze grossesses dont dix arrivées au terme et cinq fausses couches.

La malade est vigoureuse. Pas de ganglions lymphatiques. Le cœur et les poumons sont normaux.

A l'examen des organes génitaux on constate que l'utérus est ptosé et augmenté de volume. Le col est aussi volumineux Les annexes semblent normales. L'examen au spéculum montre une ulcération triangulaire sur la lèvre antérieure du col,dont le sommet est dirigé vers l'orifice interne. On prélève un fragment de la partie ulcérée et pratique une biopsie. L'examen du fragment prouvant qu'il s'agit d'une tuberculose l'hystérectomie vaginale a été décidée. Pendant l'intervention on a pu se rendre compte que le processus morbide ne s'était propagé que jusqu'à l'utérus, les annexes étaient indemnes. Aussi fut-il décidé de n'enlever que l'utérus. Les suites de l'opération furent favorables et la malade put quitter l'hôpital dix-huit jours après, complètement guérie.

Examen de la pièce : L'utérus est volumineux, dur. Il atteint 11 centimètres en longueur, sept le corps et quatre le col. L'épaisseur de la paroi utérine est de 1 centimètre 7, de la paroi cervicale 1 centimètre 4. La muqueuse de la paroi cervicale antérieure est ulcérée ; l'ulcère est triangulaire, son sommet supérieur touche à l'orifice interne. La limite inférieure coïncide avec le passage de la muqueuse cervicale à la muqueuse utérine.

Examen histologique. Col. — La muqueuse cervicale de la paroi postérieure est hyperémiée. La lumière des glandes n'existe plus et la plupart des glandes ont subi une dégénérescence kystique. Parfois on ne trouve pas une seule glande dans un champ microscopique, rien que des débris caséeux. Au milieu de ces débris on voit de nombreux tubercules entourés de cellules géantes et des cellules épithélioïdes. On

trouve des foyers caséeux jusque dans la couche musculeuse sous-jacente.

Corps. — La paroi antérieure de l'utérus est inégale, présentant des saillies. Son épithélium est normal sur une certaine étendue, mais plus souvent il manque complètement ou a subi une dégénérescence. Le tissu sous-jacent présente une infiltration lymphoïde. La caséification est bien moins avancée qu'au niveau du col, mais on rencontre tout de même de nombreux tubercules dans différents stades d'évolution. Les cellules géantes sont très nombreuses. Les glandes sont écartées les unes des autres par le tissu conjonctif infiltré et les éléments dégénérés.

Macroscopiquement les lésions étaient limitées à la muqueuse, mais l'examen microscopique prouva que le tissu musculaire interstitiel était aussi infiltré. Parmi les éléments lymphoïdes on pouvait apercevoir des tubercules typiques entourés de cellules géantes et de cellules épithélioïdes. La muqueuse elle-même était le siège d'une endométrite hypertrophique et hyperplasique.

Les bacilles de Koch n'ont été trouvés qu'au niveau du col, ce qui correspond à la priorité chronologique des lésions cervicales.

SYMPTOMATOLOGIE. FORMES CLINIQUES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Les symptômes cliniques de la tuberculose utérine sont tellement vagues et si peu caractéristiques qu'il est bien difficile de faire un diagnostic sur l'un de ces signes.

Le début de la maladie passe le plus souvent inaperçu, Dans son stade avancé, les lésions gagnant d'ordinaire les voies génitales supérieures l'affection se présente comme une utéro-annexite. Les pertes constituent un signe bien plus fréquent.

Certains auteurs, en particulier en Amérique, voulurent voir il y a une vingtaine d'années dans une *leucorrhée profuse,* un signe pathognomonique de la tuberculose utérine. Exprimée si rigoureusement cette formule ne correspond pas à la réalité. Mais on ne peut nier que la leucorrhée est un symptôme presque constant. Rémilly la note dans 50 % de ses observations.

La *métrorragie* se voit plus souvent dans les formes végétantes.

L'*aménorrhée,* que Murphy a noté 12 fois sur 28 cas de tuberculose utérine, peut être un symptôme révélateur.

La *stérilité* est de règle due, soit à l'endométrite bacillaire, soit à l'atteinte plus tardive des ovaires.

Les *petites pertes de sang* consécutives à un toucher vaginal ou au coït, peuvent amener parfois les malades chez le médecin.

Formes cliniques. — On décrit plusieurs formes de la tuberculose utérine :

La tuberculose limitée au col dont il existe à peu près 20 à 25 cas.

La tuberculose propagée au corps utérin avec intégrité des annexes.

La tuberculose limitée à l'utérus et aux annexes sans atteinte du péritoine.

Enfin la forme correspondant anatomiquement à une tuberculose miliaire généralisée de l'organisme.

Evolution. — La marche de l'affection varie avec le terrain ; parfois elle n'évolue que très lentement ; généralement ce n'est qu'après de nombreuses années qu'elle finit par envahir tout l'appareil génital, sautant parfois l'utérus pour envahir les trompes, donner des foyers tuberculeux secondaires ou ce qui est très rare, s'améliorer spontanément.

Pronostic. — Contrairement à l'opinion des auteurs américains, nous pensons avec Cornil, Verchère et Deschamps que la tuberculose cervico-utérine peut être guérie radicalement et que le pronostic n'est pas fatalement grave. Tous les cas où l'affection n'a pas atteint un degré fort avancé, où l'état général n'a pas été profon-

dément altéré, et qui ont été traités radicalement ont donné de longues survies.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel doit être fait avec :

1° l'herpès de la muqueuse cervicale, infecté secondairement ;

2° avec les lésions cervicales syphilitiques ;

3° et surtout avec le cancer.

Les chirurgiens les plus distingués s'y sont trompés. Williams relate le cas d'une jeune femme de 27 ans qui était venue consulter pour des hémorragies survenant après le coït.

A l'examen, le doigt explorateur pouvant être introduit dans le canal cervical, se heurtait à une tumeur végétante. On fit le diagnostic d'épithélioma.

L'hystérectomie montra qu'il s'agissait d'une tuberculose du col.

Le cas de Lewers (*Trans. of the Lond. Obst.*, S. 1902) prouve qu'il est parfois impossible de faire un diagnostic sans l'aide du laboratoire.

Il s'agissait d'une femme de 36 ans, nullipare, souffrant depuis quelques mois d'un écoulement vaginal fétide, parfois sanguinolent, contenant des débris de muqueuse.

A l'orifice externe du col on constate une tumeur molle, friable, saignant au moindre contact et occupant surtout la lèvre antérieure. L'utérus est de volume normal et mobile. Ayant fait le diagnostic de cancer du col on pratique une hystérectomie vaginale. L'exa-

men histologique montra qu'il s'agissait d'une tuberculose cervicale.

Certains symptômes permettent cependant de différencier cliniquement les 2 affections.

L'écoulement muqueux de début de la tuberculose franchement purulent, strié de sang dans un stade plus avancé, diffère de la sérosité caractéristique du cancer.

Les hémorragies de la tuberculose sont moins abondantes et moins fréquentes.

Les pertes sont rarement aussi fétides.

L'ulcération tuberculeuse repose sur une muqueuse non indurée alors que l'ulcération épithéliomateuse donne au doigt explorateur l'impression de reposer sur une base indurée.

Pratiquement il faut toujours recourir aux examens de laboratoire. Les secrétions vaginales seront recueillies et colorées par la méthode de Ziehl pour la recherche du bacille de Koch.

On prélèvera un fragment de col ou bien on pratiquera un curettage, dont les produits seront examinés histologiquement.

Le traitement variera selon les cas. Il va de soi que dans un cas de tuberculose généralisée où la tuberculose génitale n'est qu'une des multiples localisations du bacille, le traitement conservateur est indiqué. Dans les cas où la tuberculose est limitée à l'appareil génital et particulièrement au col, on interviendra chirurgicalement. Une femme jeune, atteinte d'une tuberculose qui semble être limitée au col ne doit pas être privée

des joies de la maternité. On fera donc dans ce cas une amputation haute du col, tout en laissant la malade pendant un temps assez long, sous la surveillance médicale. Au contraire si on soupçonne que l'affection a déjà touché l'utérus et les annexes, l'hystérectomie s'imposera, vaginale si les annexes sont mobiles et petits, abdominale s'ils sont volumineux, empâtés et adhérents.

Polosson (*Lyon Chirurgical*, 1913). *Tuberculose du col prise pour un cancer.*

« X.., âgée de 38 ans, vient consulter pour une petite ulcération du col. Elle est renvoyée avec une note portant ceci : « Ulcération que je ne crois pas épithéliomateuse ». La malade, au lieu de revenir au bout de 2 mois, comme il lui avait été dit, revint au bout de 15 mois ».

J'étais épouvanté en faisant le toucher vaginal : une ulcération indurée présentant tous les caractères du cancer ulcéreux du col qui aurait rongé toute la surface du col jusqu'à la zone de l'insertion vaginale. La malade fut opérée d'urgence. L'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'une tuberculose.

Gouilloud (*Lyon Chirurgical*, 1913). *Tuberculose utérine avec granulations sur le col constatée pendant l'intervention.*

Femme de 55 ans, qui en septembre est inondé par une perte abondante que le mari compare à de l'eau de riz.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, fièvre autour de 38°.

L'examen médical complet ne révèle rien. On pense donc à une affection utérine. L'utérus petit, indolore, présente de très fines granulations sur le col.

On fit des dilatations du col à la suite desquelles s écoule un liquide blanchâtre. On fit une hystérectomie vaginale.

La cavité utérine jusqu'à l'isthme est tapissée de végétations molles.

La muqueuse et les parties sous-jacentes du muscle sont infiltrées de tubercules petits, nombreux, parfois isolés, le plus souvent isolés.

Pollosson et Violet (*Revue de Gyn. et Chir. abd.*, 1906). *Tuberculose du col utérin.*

Il s'agit d'une femme de 45 ans, entrée à la clinique le 8 février 1904.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Elle s'est mariée à 20 ans, mais n'a pas eu d'enfants.

Réglée à 12 ans, elle l'a été depuis très régulièrement. Mari bien portant.

L'affection actuelle a débuté par des pertes blanc-jaunâtre, accompagnées de fièvre et d'amaigrissement.

Au premier examen on porte le diagnostic de néoplasme inopérable.

On trouve au toucher un col bourgeonnant, recouvert d'une tumeur étalée que l'ongle entame et fait saigner. L'utérus est peu mobile. A gauche le ligament large est infiltré.

On procède à un nouvel examen et le diagnostic de néo paraît douteux.

L'ulcération semble moins friable qu'au premier examen : elle ne repose pas sur une base indurée. La mobilité et la souplesse de la muqueuse cervicale paraissent conservées.

On fait l'excision de la lèvre antérieure du col.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tuberculose du col, avec infiltration tuberculeuse intense, nodules tuberculeux, cellules géantes.

Pensant à une propagation à l'utérus et aux annexes on fit une hystérectomie totale.

Examen des pièces : Rien à l'examen ne permet de déceler au niveau du corps utérin des lésions tuberculeuses.

Dans les trompes 2 ou trois nodules caséeux. Les ovaires sont macroscopiquement sains.

A la coupe on trouve entre les glandes du corps des cellules géantes.

Kynoch (*British Médical Journal*, 1903). *Tuberculose limitée au col simulant un sarcome ou un myxome.*

Mme B., âgée de 45 ans, a été traitée pour troubles gastriques quand son médecin s'aperçut qu'elle perdait du sang depuis 3 mois.

Trouvant que le col saignait facilement au toucher, il pensa à un épithélioma et m'envoya la malade.

Mariée depuis 9 ans elle n'a jamais eu de grossesses.

Bien réglée depuis l'âge de 20 ans.

Le toucher vaginal montre la lèvre antérieure du col papillomateuse, saignant facilement, présentant les caractères d'un sarcome ou d'un myxome du col. Un fragment du tissu malade a été examiné.

On trouva des lésions tuberculeuses typiques, avec follicules tuberculeux et cellules géantes.

On fit une hystérectomie vaginale.

CONCLUSIONS

La tuberculose primitive de l'utérus, tout en étant une affection rare, n'en existe pas moins cependant et c'est ce que nous avons voulu montrer dans cette étude, grâce à l'observation que Monsieur le Professeur Lejars a bien voulu nous communiquer.

Nous avons essayé d'en montrer la pathogénie, en existant surtout sur la contamination, par voie ascendante, muqueuse, par coït ou objets souillés sans nier cependant que l'utérus se tuberculise le plus souvent par voie sanguine.

Nous avons pu remarquer également quelles étaient les causes prédisposant à cette affection.

Une courte étude d'anatomie pathologique nous a permis de nous étendre assez longuement sur la forme ulcéreuse de la tuberculose utérine sans méconnaître cependant les formes miliaire, interstitielle et végétante, beaucoup plus rares, à la vérité.

La symptomatologie et le diagnostic ont été étudiés assez rapidement. Cependant insistons encore sur le diagnostic à faire avec l'épithélioma du col utérin. Aussi en présence d'une ulcération, reposant sur une base

légèrement indurée, saignant facilement, devra-t-on pratiquer une biopsie qui en fera connaître la nature.

Quant au traitement, disons qu'il ne faut pas se hâter de pratiquer une intervention radicale.

Il y a beaucoup de cas où une amputation haute du col a suffi et a amené une guérison parfaite.

Vu le Doyen,
H. ROGER.

Vu le Président,
FÉLIX LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Alessandri. — *Il policlinico*, 1910.

Brouha. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1902.

Castany. — Tuberculose du col utérin. (*Thèse de Montpellier*, 1906.

Cayla. — Tuberculose du col. (*Thèse de Bordeaux*, 1912).

Chaton. — Tuberculose du col. (*Thèse de Paris*, 1908).

Calmette. — *Revue de la tuberculose*, 1913.

Cornil. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1879.

Cornil. — *Bulletin de la Société anatomique*, 27 juillet 1883.

Cornil. — *Journal des connaissances médicales*, 1888.

Cornil. — *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites*, 1890.

Cotte. — Dysménorrhée d'origine tuberculeuse. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1907).

Croft. — *British Médical Journal*, 1902.

Derville. — *Thèse Paris*, 1887. Tuberculose génitale ascendante.

Destremont. — *Thèse Paris*, 1922.

Ducuny et Rigaud. — Tuberculose cervico-utérine à forme ulcéro végétante. *Prov. Médical*, 1911.

Robert Dupont. — Soc. Médic. de Paris.

J. L. Faure. — Congrès international de Gyn. et d'Obst., Rome 1902.

Fernet. — Infection tuberculeuse par voie génitale. Bulletin de la (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1884).

Forgue. — Tuberculose génitale ascendante. (*Paris médical*, juin 1922).

Gorowitz (Mlle). — Tuberculose génitale de la femme. (*Thèse Paris*, 1900).

Goullioud. — Coexistence de la tuberculose avec le cancer. (*Thèse Paris*, 1913).

Kynoch. — *British Médical Journal*, 1902.

Lepetit. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1892.

Lewers. — *British Médical Journal*, 1902.

Ménétrier. — *Bulletin de la Socété anatomique*, 1889.

Moore. — *Surgery-Gyn. a. Obst.*, July 1919.

Murphy. — *American Journal of Obst.*, 1903.

Petit. — *Revue de la tuberculose*, 1894.

Pollosson et Violet. *Revue de chir. et Gyn. abdom.*, 1906.

Pollosson. — *Lyon Chirurgical*, 1913.

Popoff. — *Inaug. Dessert*, St-Petersbourg, 1898.

Popoff. — Tuberculose primitive de l'utérus. (*Wratsch*, 1906).

Schutt. — *Thèse de Kiel*, 1889.

Spinelli. — Congrès de Rome.

Thiercelin. — *Bulletin de la Société Anatom.*, 1889.

Verneuil. — Lettre à M. le Professeur Fournier. (*Gaz-hebdo*. 1883).

Vineberg. — *Américain Journal of Obstétrics*, 1908.

Vitrac. — *Archives de médecine expérimentale.*

Williams. — *S. Hop. Horp. Rep.*, VIII

1926. — Saint-Amand (Cher). Imp. A. CLERC